

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N° _____

THÈSE

122

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

ZAJFSZTAJN Chaim

Né le 27 février 1906, à Lublin (Pologne)

CESARIENNE ABDOMINALE
dans l'éclampsie

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

ZAJFSZTAJN Chaim

Né le 27 février 1906, à Lublin (Pologne)

CESARIENNE ABDOMINALE

dans l'éclampsie

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	BESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEZ-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	HOVELACQUE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

LAIJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
BERNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BOCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
DETHALA	Pathologie médicale.
HABROL	Pathologie médicale.
HEVALLIER	Pathologie médicale.
BOGNON	Physique.
MONZELLOT	Pathologie médicale.
REY	Urologie.
ALLIARD	Parasitologie.
CASTINEL	Bactériologie.
CASTELLIER	Pathologie chirurgicale.
GAUDART D'ALLAINES ..	Pathologie chirurgicale.
RAYET	Physiologie.
FIROUD	Histologie.
LAGUENAU	Pathologie médicale.
LEALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
LAZARD	Pharmacologie.
LUGUENIN	Anatomie pathologique
MAANNON	Hygiène.
ABBÉ Henri	Chimie biologique.
MACOMME	Obstétrique.
MAUTUEJOL	Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIÈRE	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

LEGLAVE	Pathologie chirurgicale.
LEUSQUET	Pharmacologie.
HAILEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERMAN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

BRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
CHUVOIR	Clinique médicale.
CHASSET	Clinique chirurgicale.
CHÉITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
CHOCQUOT	Clinique chirurgicale.

MM.

SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
GUENIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FRÉY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLS	Pédicature.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émi-
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme prop-
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de reconnaissance et
d'amour filial.*

A MA SOEUR ET A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS ET COLÈGUES D'ÉTUDES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale
Officier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant de l'honneur qu'il m'a
fait en acceptant la présidence de cette
thèse qu'il m'a inspirée, après m'avoir
permis de bénéficier de son lumineux
enseignement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

« Personne, absolument personne, ne sait comment va finir une éclampsie gravidique convulsive qui commence et qui est traitée par la méthode thérapeutique ordinaire, mais si, dans l'éclampsie des derniers mois de la grossesse, on pratique l'évacuation chirurgicale précoce de l'utérus, on a la presque sécurité de sauver la vie de la mère et de l'enfant. »

LLAMES MASSINI.

INTRODUCTION

Sous le nom d'éclampsie puerpérale on entend une affection observée pendant la grossesse, pendant l'accouchement, plus rarement après la délivrance et caractérisée par des accès convulsifs le plus souvent à répétition, suivie d'un état comateux d'intensité et de durée variable.

Si l'éclampsie puerpérale est un syndrome clinique bien défini, le problème pathogénique qu'elle pose est encore complètement irrésolu. On a incriminé l'influence des reins, du foie, de diverses glandes endocrines pour expliquer l'empoisonnement.

En dernière analyse l'éclampsie semble être l'aboutissant d'un état toxémique particulier se manifestant au cours de la 2^e moitié de la grossesse.

La soudaineté des crises, pouvant survenir même chez des femmes non albuminuriques, la réapparition possible des crises au cours de plusieurs grossesses, la disparition si fréquente des accidents coïncidant avec la mort du fœtus (comme si l'arrêt de la circulation placentaire supprimait le passage de l'antigène dans les vaisseaux maternels, alors que l'exagération des échanges au cours du travail précipitait les accès éclamptiques), faits d'ordre clinique comme beaucoup d'expériences sur des animaux avec le sérum de femmes enceinte et éclamptique, sont en faveur d'un état toxémique au cours de l'éclampsie.

Le traitement de l'éclampsie est considéré actuellement comme une des plus importantes questions de l'obstétrique. La mortalité due à l'éclampsie ne cède que devant celle causée par la fièvre puerpérale.

Le Professeur De Lee dans son œuvre célèbre « *Principle and practice of Obstetrics* » 4^e ed. 1925, nous apprend qu'aux Etats-Unis d'Amérique 6.000 femmes meurent annuellement d'infection, 5.000 d'éclampsie et 4.500 d'hémorragie.

Pour la mortalité des enfants c'est l'infection qui cède la première place à l'éclampsie. L'éclampsie nous donne un pourcentage d'enfants morts dépassant beaucoup celui des mères. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis ce nombre dépasse annuellement 12.000. Thomas Walts, Eden et Janet Compbell affirment la même chose pour l'Angleterre. Eden constate que la mortalité des mères est de 24 % et que la mortalité des enfants y est de 46 %. En examinant de près ces chiffres nous pouvons conclure que le nombre des enfants morts à la suite de l'éclampsie est le double de celui des mères.

A titre de comparaison je citerai quelques chiffres donnés par les auteurs français en mortalité %.

Nom des auteurs et nombre des cas	Mortalité maternelle %	Mortalité foetale %
Farnier, sur 52 cas	32 %	32 %
S. Ribemont Dessaigne et Lepage	25 %	45 %
Bar, Brindeau, Chambrelaud ...	40 %	60 %
Dubrisay et Jannin en réunissant plusieurs statistiques	28 %	50/77 %

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE

Comme l'éclampsie est une des complications les plus graves de la grossesse, il faut à tout prix agir vite et combattre la cause originelle de la maladie en la neutralisant ou l'éliminant précocement.

Au moment de l'apparition des théories fœto-placentaires, un mouvement s'est dessiné, surtout à l'étranger, mais aussi en France, pour l'évacuation rapide de l'utérus, supprimant ainsi la cause de l'intoxication. Il s'en faut cependant que l'accord soit complètement établi sur ce point. Si quelques auteurs comme Dührssen, Zweifel, etc. sont partisans de l'évacuation rapide d'emblée de l'utérus, la plupart des auteurs français avec de nombreux auteurs étrangers y sont opposés et veulent laisser en de nombreux cas, tout au moins, à de multiples traitements médicaux, le mérite de guérir plus simplement.

Le problème de l'accouchement rapide dans l'éclampsie est d'ailleurs difficile à résoudre en consultant les statistiques de différents auteurs.

D'un côté les partisans de l'accouchement rapide présentent des chiffres paraissant très satisfaisants, comme Veil qui a 33 cas sans une mort. Dührssen 112 cas avec 15 % de mort. Peterson col-

lectionnant 1.005 cas d'éclampsie traités par différents auteurs trouve une mortalité de 28,3 % dans 390 cas non traités par l'accouchement rapide et 15,3 % seulement dans 615 cas des mêmes accoucheurs ou l'évacuation rapide de l'utérus a été effectuée. Sur 2.135 cas il montre que dans plus de la moitié des cas 57,2 %, les convulsions cessent dès que l'utérus est vide.

Mais de l'autre côté bien des observateurs apportent en faveur du traitement obstétrical d'attente d'aussi beaux résultats. Pharmensteil avec 35 cas sans une mort, Stroganoff n'ayant sur 400 cas qu'une mortalité de 7 %. Avec ces auteurs les résultats de l'accouchement rapide sont loin d'être aussi brillants. Liechtenstein sur 409 cas, ne voit les convulsions cessées après l'accouchement rapide que dans 1/3 de cas. Zincker apporte 44 cas avec une mortalité de 34,36 % alors que dans 24 cas où l'on n'a pas mis en œuvre le traitement obstétrical actif, elle n'a été que 15,38 %,

Ruge II sur 354 cas a après le traitement chirurgical seulement 19 % de mortalité de même que Pauceuf a sur 50 cas un résultat brillant. Aucune mortalité après le traitement chirurgical.

Réunissons tous ces chiffres dans un tableau pour les examiner de plus près.

*Tableau comparatif des résultats obtenus
par les traitements chirurgicaux et médicaux
dans l'éclampsie*

Noms des auteurs	Traitem. de l'éclampsie chirurgicalement		Traitem. de l'éclampsie médicalement	
	Nombre de cas	Mortalité %	Nombre de cas	Mortalité %
Peterson .	615	15,3 %	390	28,3 %
Veil . . .	33	0 %		
Dührssen	112	15 %		
Pharmensteil			35	0 %
Stroganoff			400	7 %
Ruge II	354	19 %		
Paneuf	50	0 %		
Zincker. .	46	34,36 %	44	15,38 %
Stoeckel		8,4 %		%

Il semble donc difficile de se faire une opinion d'après ces chiffres, car le traitement obstétrical actif n'a pas été employé par tous les auteurs dans les mêmes conditions.

En effet, certains auteurs voient l'utérus dans tous les cas à la première crise d'éclampsie et parfois même à la première menace de crise et ils opèrent ainsi dans des cas où un traitement médical aurait probablement suffi. D'autres auteurs au contraire n'y recourent qu'à contre-cœur réservant l'é-

vacuation utérine comme « *ultimum refugium* » à des cas désespérés. Aussi il paraît nécessaire de ne pas vouloir employer un traitement unique de l'éclampsie et selon le cas on préférera le traitement médical ou l'évacuation rapide de l'utérus.

S'il s'agit d'une femme non encore traitée, si la grossesse est peu avancée et si l'éclampsie paraît peu grave, souvent le traitement médical donne de bons résultats. Il est d'ailleurs souvent difficile d'évaluer la gravité de l'éclampsie, et il faudra alors s'appuyer sur la fréquence et la durée des accès, sur le coma, sur l'élévation de la tension artérielle pour se faire une opinion. Quand au contraire le traitement médical n'a pas empêché l'apparition des crises, si la grossesse est près du terme et si l'éclampsie semble grave, avec une hypertension considérable, il y a indication à évacuer rapidement l'utérus. Il reste seulement la question du choix du procédé d'évacuation rapide de l'utérus.

Suivant l'âge de la grossesse, l'état de la mère et la viabilité de l'enfant, le problème se pose de diverses façons.

Traitement symptomatologique

L'éclampsie étant une complication très grave de la grossesse et comme il n'est pas possible de faire à son début un diagnostic différentiel entre la forme bénigne et la forme grave, tout cas d'éclamp-

sie doit être traité comme s'il était de plus grande gravité. En conséquence, le traitement devra être institué dès les premiers instants.

Si on est en présence d'éclampsisme, c'est-à-dire en présence de petits signes d'éclampsie, sans crises, nous pouvons avant de pratiquer une césarienne toujours essayer le traitement de neutralisation par la méthode de Zweifel-Stroganoff qui consiste en une saignée de 500 gr. en injection de morphine en lavement à l'hydrate de choral avec isolement. Les résultats obtenus de ce traitement ne sont pas satisfaisants, le mal s'étend causant des dégâts viscéraux chez la mère. Quelquefois on obtient des améliorations au prix de la vie de l'enfant qui meurt avant de naître, ou qui naît vivant pour mourir aussitôt dans des convulsions éclamptiques pour n'avoir été soustrait à temps à l'action du poison circulant dans le sang maternel.

Aussi faut-il s'habituer à dépister les petits signes curables de la maladie sans attendre des signes plus manifestes, plus graves, et souvent mortels. Il vaut mieux prévenir que guérir. Il faut mettre au régime lacté absolu toute femme enceinte qui présente de la céphalée anormale plus ou moins persistante, qui a des œdèmes marqués, même si elle n'a pas d'albumine dans ses urines. Il faut donc prescrire le régime lacté absolu et avec ce régime beaucoup de femmes peuvent éviter le mal qui les attend, ce qui confirmerait la règle de Tarnier : « toute femme qui pendant huit jours, a été

mise au régime lacté absolu ne fait jamais d'éclampsie ».

*Traitement de l'éclampsie
par dilatation rapide du col de l'utérus*

La dilatation bimanuelle de Bonnaire, la dilatation de Bossi, la dilatation de Delmas ont leurs partisans. Mais ces différentes méthodes nous montrent que la dilatation n'est souvent obtenue qu'au prix de déchirures.

En se rapportant à l'observation n° 12, à propos d'un cas d'éclampsie grave traité par césarienne suprasymphysaire après échec de la méthode de Delmas, nous voyons que cette méthode échoue souvent. Dans cette dernière observation le Docteur Paul Pastiel nous dit « Il y a parfois en cas d'éclampsie grave des contractures du col utérin qui ne cèdent ni à la rachi, ni à la dilatation sous chloroforme ».

L'opérateur avait nettement l'impression d'un spasme de l'orifice interne plutôt que d'une rigidité tissulaire et cette impression encore était renforcée par la difficulté éprouvée à extraire l'épaule lors de l'opération césarienne s. s., au point même que l'opérateur avait un instant envisagé la nécessité de prolonger la section sur le corps utérin même.

Lors de la réunion obstétricale de Montpellier, Call de Carera et Bremond ont signalé un cas à peu près semblable. Il s'agissait il est vrai d'une primi-

pare éclamptique au 7^e mois de la grossesse. La rachianalgésie n'a pas exercé son action paralysante sur le col et les opérateurs se sont trouvés aux prises avec un orifice interne, siège d'un spasme qui semblait bien dû à un phénomène musculaire. Il semble que le poison éclamptique puisse agir sur le muscle utérin pour déterminer des zones de contraction plus ou moins localisées.

Call de Carera, dans le cas présent, a fini par une dilatation à la Bonnaire, qui arrivée à l'ouverture entre une petite et une grande paume, a délabré le col qui s'est comme clivé en deux couches dont l'interne s'était rompue. Trop de manœuvres avaient été pratiquées pour tenter une césarienne basse, l'enfant de plus venant de succomber. Terminaison par basiotripsie.

Brémont signale avec Vallois une extraction extrêmement pénible chez une éclamptique dont le col cependant s'était spontanément ouvert. Le fœtus extrait après basiotripsie présentait autour du thorax un sillon profond déterminé par un anneau de contraction situé un peu plus haut que l'orifice utérin.

Après les opinions des différents auteurs, nous pouvons conclure qu'en cas d'éclampsie grave en dehors du travail alors que la thérapeutique médicale n'apporte pas d'amélioration, nous sommes autorisés à tenter la méthode de Delmas. Mais si un spasme véritable se montre, ne permettant pas d'obtenir une dilatation suffisante et surtout si la

présentation est haute, il faut savoir ne pas insister et passer à la voie haute.

*Traitement de l'éclampsie
par la césarienne vaginale*

La césarienne vaginale a été considérée par la plupart des opérateurs comme l'intervention de choix dans l'éclampsie. En 1892, Dührssen publiait 86 cas d'éclampsie traités par la césarienne vaginale avec une mortalité de 27,78 %. A partir de cette date, cette intervention a eu une grande vogue¹ particulièrement en Allemagne et en Autriche où certains auteurs en voient l'immédiate nécessité dès l'apparition d'une première crise ou même de phénomènes prodromiques un peu inquiétants.

La césarienne vaginale offre de nombreux avantages ; elle exigera cependant pour qu'on l'entreprenne, quelques conditions sur lesquelles insiste Bar.

1° L'ampliation du segment inférieur doit être grande et pour le mieux complète. Si le segment inférieur ne présente qu'une ampliation médiocre, l'incision pour être suffisante devra remonter très haut et elle atteindra facilement la limite du segment inférieur. Malgré cette précaution l'incision sera le plus souvent trop petite. Il faudra faire un effort pour extraire le fœtus et cette manœuvre quelque prudente qu'elle puisse être est toujours

aveugle et risque d'entraîner de graves complications d'extension de l'incision par une déchirure.

2° L'enfant ne doit pas être trop volumineux. L'extraction de gros enfants peut être la cause de gros ennuis, même dans le cas où le segment inférieur est bien formé, et où par conséquent on a pu pratiquer une incision longue. Dès qu'un enfant est de poids normal 3.200-3.500, on peut déjà dire qu'il est gros. Les enfants pesant plus que 3.500 sont en général trop volumineux. Les enfants des éclampsiques sont en général maigres, et comme on applique la césarienne vaginale loin du terme, cette contre-indication ne se présente que dans peu de cas.

L'avantage de la césarienne vaginale est qu'elle élimine tous les dangers de l'ouverture du péritoine qui expose la malade à l'infection, comme toute laparatomie d'ailleurs. Sa rapidité, sa netteté et le minimum d'aléas qu'elle peut entraîner, en fait une opération de choix. Mais si la contre-indication apparaît et en particulier celle que nous venons d'étudier, il faut alors recourir à la voie haute.

TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PAR LA CÉSARIENNE ABDOMINALE

En France, comme à l'étranger, on a commencé à pratiquer la césarienne basse extrapéritonéale déjà en 1908. Mais après, les auteurs français comme beaucoup d'autres, ont prétendu que cette césarienne présentait des inconvénients techniques sérieux et en plus elle est sensiblement plus longue que celle de la transpéritonéale.

Le Professeur Brindeau a été le premier à l'étudier et à la pratiquer en France. Les accoucheurs français qui ont un peu résisté au début à cette invasion de la césarienne basse se sont rendus compte des avantages incontestables de cette opération. Ce sont surtout les publications du Pr. Brindeau et Schikelé qui ont permis d'apprécier la valeur réelle de cette opération. Selon l'avis de beaucoup d'auteurs, la césarienne transpéritonéale est la césarienne de l'avenir et ne sera pas de sitôt dépassée par aucune autre méthode.

La technique opératoire employée en France est celle de la césarienne transpéritonéale, procédé de Kronig-Beck.

Le principe est le suivant : Incision verticale de la paroi abdominale ; incision transversale du péritoine viscéral ; décollement du péritoine viscéral ; décollement du péritoine qui recouvre le seg-

ment inférieur ; section verticale du segment inférieur ; extraction du fœtus et du placenta ; suture de la plaie utérine au catgut ; rabattement du lambeau péritonéal au-dessus de la plaie utérine ; fermeture de la paroi sans drainage.

Les chiffres des dernières publications pour montrer la mortalité après césarienne basse trans-péritonéale sont très satisfaisants : Porenta, 112 cas sans décès et de Lée, 948 cas avec 8 décès ; la mortalité oscille entre 2.14 % (voir Amon portant sur 4.175 cas) et 3,7 % (Winter portant sur 3.554 cas).

La mortalité après la césarienne basse est donc moins élevée que celle de l'opération classique. Cette mortalité varie selon les statistiques de 2 à 4 % pour les cas impurs, alors que la mortalité après césarienne classique pour les mêmes cas est de 10,7 %.

En parlant du pronostic éloigné de la césarienne basse le Professeur Brindeau dit : « Le pronostic éloigné de la césarienne basse est moins grave que celui de la césarienne corporéale ». La cicatrice plus élastique est de meilleure qualité. Elle se rompt rarement lors d'une grossesse ultérieure et surtout les risques d'infection sont moindres que dans la césarienne classique. La cicatrisation de l'utérus se fait sur une zone qui reste au repos. Quand au contraire on fait porter la suture sur le corps de l'utérus, celui-ci se contracte vigoureusement dans les premiers jours de suites des couches. Il en résulte des conséquences graves. Le muscle utérin va se

couper sur les fils. C'est un des gros inconvénients de la césarienne classique. Il se produit assez souvent un ensemencement par voie vaginale du troisième au quatrième jour du post-partum. Si les microbes sont virulents et s'ils ont pénétré à travers cette fistule dans la cavité péritonéale, ils vont l'infecter et les auteurs ont raison quand ils disent que ce n'est pas l'inondation du liquide amniotique qui provoque la péritonite, mais l'ensemencement secondaire par les points de suture. Au contraire, le segment inférieur étant très mou et ne se contractant pas, les fils n'ont aucune tendance à couper les tissus. Enfin les chirurgiens savent que quand on pratique une laparatomie haute, quand l'intestin est mis en rapport avec l'extérieur et qu'on est obligé de manipuler les anses intestinales, l'opération est beaucoup plus grave.

Les opérations césariennes dans l'éclampsie doivent être employées pour effectuer l'évacuation utérine précoce en supprimant l'accouchement. Si l'opération ne supprime pas l'accouchement et n'est pas précoce elle n'offre pas d'avantages sur un autre procédé thérapeutique quelconque car les convulsions éclamptiques et les contractions utérines auront facilité une telle invasion d'albumine placentaire dans la masse sanguine maternelle et fœtale que si le coefficient de toxicité est élevé, l'opération césarienne sera inutile tout comme serait inutile n'importe quelle autre méthode chirurgicale. Le but de l'évacuation chirurgicale est de supprimer

l'irruption de nouvelles quantités de poison dans le torrent sanguin, but qui se trouve atteint par la suppression du facteur principal de la maladie, l'œuf et particulièrement le placenta.

La césarienne basse occupe une place considérable dans la chirurgie obstétricale et elle s'est substituée à la césarienne classique pour la plupart des indications de cette dernière. Notre Maître le Professeur Brindeau a bien voulu nous confier 6 observations d'opération basse au cours d'éclampsie. Dans les 6 cas (Observations n° 5, 6, 7, 8, 9, et 10), il s'agit de primipares qui ont présenté de l'éclampsisme ou des crises d'éclampsie. L'intervention a donné de brillants résultats. 6 mères et 6 enfants vivants. Les partisans les plus fidèles du traitement de l'éclampsie par la césarienne abdominale sont les professeurs Lipmann (de Berlin), Walhardt (de Zurich) et Llamas Massini (de Boenos-Ayros) etc...

Voilà ce que dit Essen Möller : Même si l'accouchement a eu lieu très vite, après le premier accès, il n'est pas sûr que la malade était délivrée au début de la maladie. Si nous prenons la décision d'interrompre la grossesse pendant l'éclampsisme, le nombre des accès éclamptiques diminuera. C'est de cette manière qu'on doit essayer de résoudre le problème aussi difficile qu'intéressant du traitement de l'éclampsie. Il appuie cette manière de voir sur 30 cas où il a interrompu la grossesse, le résultat matériel est de 0 % de mortalité, 7 fœtus

sont morts (23,3 %), mais en ne comptant que ceux qui pesaient 2.000 gr. et au-dessus, la mortalité fœtale est de 5 %.

Le Professeur Paneuf qui comme Essen Möller tend à supprimer l'accouchement par la césarienne et à éviter l'attaque convulsive, a un résultat brillant : 50 opérations césariennes chez des femmes prééclamptiques, sans aucune mortalité !!!

Ces résultats dépassent les meilleurs connus jusqu'à présent, aussi bien avec le traitement actif qu'avec un traitement symptomatique.

Llames-Massini, se basant sur 92 observations arrive à la conclusion suivante : Pour que l'évacuation chirurgicale constitue, dans l'éclampsie, une méthode sûre, elle doit être effectuée précocement et non tardivement. Seules les malades traitées précocement et chirurgicalement donnent une statistique blanche pour la mère et pour l'enfant.

Certes, l'indication d'intervenir immédiatement après le premier accès convulsif ne constitue pas une contre-indication d'opérer les malades qui ont souffert déjà de convulsions répétées. Quelquefois on pratique la césarienne abdominale alors que la malade est dans un profond coma après plusieurs accès et on obtient de brillants résultats, comme nous l'avons vu dans l'observation n° 1.

Nous ne croyons pas, non plus, comme le soutiennent Paneuf, Essen Möller, Llames-Massini et d'autres, qu'il faille opérer avant qu'éclate la

première crise convulsive. Une intervention aussi systématique peut donner lieu à l'emploi du traitement chirurgical pour quelques malades susceptibles de guérir sans lui.

Dans la prééclampsie, il nous semble que la méthode la plus logique et la plus prudente est d'instituer un traitement médical accompagné d'une expectative armée pour intervenir chirurgicalement aussitôt qu'apparaîtra la première convulsion.

Un joli exemple nous est fourni par l'observation de Vau Gauwenbergh (observation n° 11). Cet auteur nous raconte l'histoire d'une femme traitée énergiquement pour albuminurie, vomissements fréquents, maux de tête et tension 17-9 au Vaquez dont l'état s'est aggravé malgré tout, et qu'il a opéré par césarienne abdominale classique devant l'imminence de l'éclampsie. Les suites opératoires furent absolument apyrétiques. Mère et enfant bien portants.

Comme nous avons montré tous les avantages de la césarienne basse sur la césarienne corporéale, nous la pratiquerons dans tous les cas où nous avons devant nous le temps, dans tous les cas de prééclampsie, mais si nous nous trouvons dans la pleine période de crises éclamptiques, ou même en présence d'une femme qui est en coma profond, nous pratiquerons la césarienne classique pour aller plus vite. La césarienne transpéritonéale est sensiblement plus longue que la césarienne classique.

Dans l'étude qui précède, nous avons démontré la non valeur des différentes méthodes d'accouchements par dilatation rapide du col de l'utérus, l'insuffisance du traitement symptomatique et nous pouvons déduire la conclusion fondamentale suivante :

La suppression de l'accouchement par l'opération césarienne abdominale précoce dans l'éclampsie des derniers mois de la grossesse avec fœtus vivant, est le traitement qui donne le plus de sécurité pour la vie de la mère et pour la vie de l'enfant.

Comment allons-nous procéder en présence d'une femme éclamptique ?

Trois circonstances sont à envisager :

1° On est dans la période prééclamptique.

2° La crise d'éclampsie éclate chez une femme qui n'est pas à terme.

3° La crise d'éclampsie accompagne ou déclanche le travail.

I. — Il s'agit d'une femme qui présente des symptômes prééclamptiques on la mettra au régime lacté absolu en la surveillant de très près.

II. — Il s'agit d'une femme à terme ou près du terme, qui n'est pas en travail ou dont le travail est à peine commencé.

a) Si l'enfant est vivant la césarienne abdominale permettra d'avoir un enfant vivant et donnera à la mère le maximum de sécurité. On pratiquera une césarienne abdominale classique dans tous les cas où la femme est dans un état très grave et où l'on veut aller très vite pour gagner du temps.

b) Si la grossesse est trop loin du terme pour que l'enfant soit viable, ou si l'enfant est mort, ou si les membranes sont rompues depuis un certain temps, on pratiquera la césarienne vaginale pour extraire le fœtus.

III. — La crise d'éclampsie accompagne ou déclanche le travail.

a) Si la condition de dilatation du col le permet, si on a la conviction que l'enfant passera facilement, on pratiquera un forceps sur un enfant vivant, ou une embryotomie sur un enfant mort.

b) Si la dilatation est incomplète on peut essayer la méthode de Delmas, mais si un spasme véritable se montre ne permettant pas d'obtenir une dilatation suffisante, il faut savoir ne pas insister et passer par la voie haute.

Lorsque l'accouchement est terminé il faut soumettre la malade au régime hydrique, puis hydro-lacté en surveillant journellement la pression artérielle. Il faut surveiller ces malades de très près et ne rassurer complètement leur entourage que quand la pression sanguine est devenue normale et que les autres accidents de l'éclampsie ont complètement disparu.

*Les dix premières observations sont dues
à l'obligeance de M. le Professeur Brindeau*

OBSERVATION N° 1

Mme M... L. âgée de 26 ans, Ipare. Pendant la grossesse, la femme consulta régulièrement et fit examiner les urines tous les 15 jours. Evolution normale de la grossesse. Urines normales.

27-5-33. Le matin douleurs lombaires et troubles digestifs. A 16 h. brusquement, une crise apparaît. La femme est chez elle. (6 crises jusqu'à 21 h. 30). 22 h. amenée en ambulance à la clinique. Aussitôt amenée crise qui dure environ 25 à 30 minutes. Lavement et sondage, urine foncée. T. A. 16,5 — 11,5. 23 h. crise qui dure 35 minutes. 23 h. 40 césarienne abdominale classique dans le 8^e mois de la grossesse. Pas de travail. Anesthésie au chloroforme. Hémorragie moyenne, garçon vivant 2.130 gr. Placenta 360 gr. plus de crises après l'opération. Coma cesse. Albumine disparaît en 48 heures. Mère et enfant en bon état.

OBSERVATION N° 2

Mme B..., âgée de 21 ans. D. R. 28-XII-1926. 15 septembre 1927, on trouve de l'albumine dans les urines. La malade éprouve à ce moment des maux de tête. 17-IX elle fait 3 crises d'éclampsie convulsives. 1^{re} — 8 h. 45, 2^e — 9 h. 15,

3° — 10 h. 45. Elle est envoyée à la clinique Tarnier où elle refait une nouvelle crise à 11 h. T. A. Vaquez 15-9. 11 h. 20 Examen du Pr. Brindeau qui déclanche une nouvelle crise. On décide d'intervenir.

17-IX à 11 h. 50. Césarienne faite par Pr. Brindeau. Pas de travail, près du terme, tête très élevée. B. d. c. + +. Anesthésie au mélange. Fille vivante, 3.250 gr. Placenta, 700 gr. Pas de crises après l'opération. Mère et enfant sortent en bon état le 20^e jour après l'intervention:

OBSERVATION N° 3

Mme L..., âgée de 32 ans, II-pare, premier enfant normal avec forceps vivant.

31-XII-1934 entre dans le service pour des crises d'éclampsie. A l'examen œdème de la face et des membres inférieurs. T. A. °normal, albuminurie. Césarienne abdominale classique dans le but d'aller le plus vite possible. Anesthésie au chloroforme. Hémorragie beaucoup plus importante qu'avec l'anesthésie lombaire. La rétraction utérine s'est faite d'une façon modérée. Fille vivante. 3.580, placenta 520 gr. congestionnée, mais à aucun point il n'y a de noyaux hémorragiques, pas de crises après l'opération. Mère et enfant sortent en bon état.

OBSERVATION N° 4

Mme G..., 1-pare, âgée de 18 ans. 25-II, léger œdème des membres inférieurs, rien dans les urines. 28-II on trouve l'albumine dans les urines, régime lacté, bouffissure de la face. 31-III à 20 h. on établit grossesse de 8 mois 1/2, tête en bas qui s'engage. B. d. c. un peu sourds, col dilat. à 1 F, T.A. au Pachon 23 — 13. gros œdème des membres inférieurs. Saignée à l'aiguille de 300 gr. la T. A. tombe 19 — 12 1/2.

Le 1-IV à 1 h. 30, crise d'éclampsie caractéristique. 4 h. 30, 2° crise ; 5 h., 3° crise, Entre la 2° et la 3° crise la malade reste dans un état demi comateux qui subsiste jusqu'au matin. On fait 0,01 de morphine. Le 1/4 à 10 h. césarienne abdominale classique. Anesthésie rachidienne parfaite. Aucune hémorragie, l'utérus s'est contracté vigoureusement. Garçon vivant, 3.400 gr. placenta, 500 gr. Enfant sort en bon état. Mère décédée le 10 avril d'infection après désunion complète de la paroi avec issue de l'intestin.

OBSERVATION N° 5

Mme K..., âgée de 37 ans, 1-pare, D. R. 21-29 mars 1927. Eclampsisme. 21-12 on trouve l'albumine dans les urines, membranes sont rompues. T.A.

T. A. Vaquez 13 1/2 — 8 1/2. Quelques douleurs. 22-12 à 3 h. col efface, dil. 50 c. T. A. 20. Enfant vivant. Tête en bas. A ce moment la malade a de la céphalée. 12 h. 30 une barre épigastrique. T. A. 17° — 10. 22-12 à 14 h. 45 césarienne basse chez une femme albuminurique avec T. A. 20 — 17, membranes rompues depuis 48 heures. Anesthésie au balsoforme, fille vivante, 3.220 gr. Placenta 550 gr. Mère et enfant en excellent état.

OBSERVATION N° 6

Mme E... B., âgée de 24 ans. D. R. 31 mai 1929. Eclampsisme le 7 avril 1930. Amenée à la clinique, à terme, gros enfant, tête à la partie moyenne gauche, vivant, col dilaté à 2 F. mou. Membranes rompues spontanément à minuit. T. A. au Vaquez 17 — 9, T° 37°5. 9 h. B. d. c. + +. Liquide teinté de méconium. 10 h. 30 Pr. Brindeau conseille d'intervenir.

11 h. Césarienne basse pour albuminurie massive 7 gr. Rachianesthésie. Extraction d'un garçon vivant pesant 4.430. placenta 9,20. Suites opératoires bonnes. Sortie mère et enfant en bon état.

OBSERVATION N° 7

Mme J... L., âgée de 23 ans. D. R. le 3 décembre 1928. Eclampsisme Césarienne basse chez une albuminurique T. A. au Pachon 24 — 12. Opérée

le 13 septembre 1929. Tête en voie d'engagement, pas de travail, B. d. c. ++ Rachianesthésie. Au cours de la section du segment inférieur, aucune hémorragie. Extraction d'un garçon pesant 2.230 gr. Placenta, 450 gr. Mère et enfant en état excellent.

OBSERVATION N° 8

Mme M..., âgée de 25 ans 1-pare. D. R. 12 février au 18 fev. 1930. Eclampsisme. Entre le 30 novembre 21 h. dans le coma. Albumine et céphalée depuis quelque temps. Début des accidents a été brusque. Le 30 novembre matin, céphalée intolérable. 1^{re} crise convulsive à 11 h. du matin. Saignée de 400 gr. 2^e crise dans l'après midi et installation du coma.

Examen à l'arrivée à 24 h. Siège non engagé. Dilatation de 50 c. Membranes intactes. B.d.c. ++ Le promontoire est accessible, femme petite, 1 m.40. Opérée le 30 novembre 1930 par le Pr. Brindeau. Césarienne basse avec rachianesthésie. Extraction d'une fille pesant 1.820 gr. Placenta 390 gr. Hémorragie nulle. Le lendemain après opération, persistance d'un demi coma avec agitation. Deux crises convulsives de courte durée, à 7 h. et à 11 h. du matin. T. A. au Vaquez 23 — 12. T. 38°, pouls 90. Sondage toutes les 3 heures. 1^{er} à 7 h., 20 cc. ; 2^e à 10 h., 30 cc. ; 3^e à 11 h., 30 cc. Albumine 30 gr. Le 2 décembre tend à sortir du coma. La femme

présente de la confusion mentale. Pas de crises. T. 37°, pouls 90, sondage toutes les 3 heures, à chaque fois 130 à 140 cc. d'urine. Quantité d'urine dans les 24 heures : 1 litre. Albumine, 0,25.

Le 3 décembre, la malade sort de son coma, confusion mentale disparue, urine 1 litre, albumine 0,25. T. A. 16-9, le 27 décembre, la mère et l'enfant sortent en bon état.

OBSERVATION N° 9

Mme J..., 1-pare, âgée de 40 ans, D. R. 22 février 1931, grossesse normale sans aucun trouble jusqu'au moment du travail le 28 novembre 1931 à 18 h. 30, dilatation 50 cc., membranes rompues. B. d. c. + +. Le 29 novembre à 1 h. 55 dilat. 1 F., à 7 h. dilatation 2 F., à 10 h. 30 crise d'éclampsie. T. A. Vaquez, 15,5-11. Sondage urine albumineuse, à 11 h. 15, Césarienne basse pour éclampsie au cours du travail. Anesthésie au chloroforme. Extraction d'un garçon vivant pesant 3.850 gr. Placenta 620 gr. Pas de crises post-opératoires. Mère et enfant sortent en bon état.

OBSERVATION N° 10

Mme D... S., âgée de 26 ans, 11-pare. D. R. le 30 sept. au 5 oct. 1930. Le 2 avril 1930, grossesse

de 5 mois $1\frac{1}{2}$, œdèmes des membres inférieurs, régime lacto-végétarien, le 3 juillet tête mobile, col presque effacé, 20 h. dilatable, membranes intactes. T. A. au Vaquez 17 — 9 $1\frac{1}{2}$. 15 juillet à 9 h. 40 b. d. o. ralenti. T. A. 18-12, dilatation 50 c. membranes intactes. A 11 h. 15, Césarienne basse pour grossesse albuminurique chez une 11-pare en travail depuis 3 jours, membranes intactes Anesthésie rachidienne. Extraction d'une fille pesant 4.280 gr. Placenta, 850. Mère et enfant sortent en excellent état.

OBSERVATION publiée par le Docteur Van Gauwenbergh,

Césarienne pratiquée pour mettre fin à des crises d'éclampsie graves. Primipare de 22 ans, sans antécédents héréditaires, réglée à 15 ans, n'ayant jamais été malade. Le début de la grossesse semble avoir été normal. Vers 8 mois je fus appelé par le médecin traitant pour donner mon avis au sujet de régime à suivre. La malade vomissait très fréquemment, souffrait beaucoup des malléoles et des jambes. La figure était un peu bouffie, la T. A. au Vaquez 17 — 9. Les voies digestives en assez mauvais état, il y avait de la constipation. Je trouvais un peu d'albumine dans les urines, recommandais le repos absolu au lit, des diurétiques, des lavements, le régime lacté et un examen des urines.

L'état s'améliora, mais vers huit mois et demi il eut une rechute grave. L'urine très peu abondante renfermait plus d'albumine qu'en pouvait indiquer l'échelle graduée du tube d'Esbach. Les maux de tête étaient violents, les vomissements très fréquents suivaient immédiatement l'ingestion de n'importe quel liquide. Il y avait de l'œdème très marqué des membres inférieurs et du bas ventre. Le col était ramolli et perméable au doigt. Je fis administrer un lavement de chloral et décidai de faire transporter la malade à la clinique pour lui faire une césarienne afin de prévenir une crise d'éclampsie qui semblait imminente. Je ne fis pas de saignée comptant sur la perte de sang qui accompagnerait l'intervention. L'opération se fit dans des conditions excellentes. Anesthésie à l'éther, une injection de gynugène au moment de l'incision. J'eus recours à la césarienne toute classique, le cas semblait tout à fait pur. Il n'y avait qu'un toucher et la poche des eaux était intacte. Après l'extraction d'un enfant bien vivant de 2.700 gr. et du placenta, je fis une suture avec surjet sans aucun drainage. Les suites opératoires furent absolument apyrétiques. Immédiatement après l'intervention les maux de tête disparurent, les reins recommencèrent à fonctionner. La quantité d'albumine diminua très rapidement, après quelques semaines d'un régime sévère l'état général était absolument normal et l'utérus bien contracté se retrouvait libre et indolore en position physiologique.

OBSERVATION N° 12

A propos d'un cas d'éclampsie grave traité par césarienne suprasymphysaire après échec de la Méthode de Delmas, par le Docteur Paul Pastiels (Bruxelles).

Mme C... P., 11-pare, âgée de 30 ans.

Le 8 juillet 1929 à 5 heures du matin brusquement se déclarent des crises éclamptiques, d'emblée amenée dans le service à 10 heures du matin. Coma profond. Pouls 112-116. T. A. 12-18. Pachon. La malade est au huitième mois et demi de sa grossesse. B. d. c. ++ en O.I.G.P. Col utérin épais, ni effacé, ni dilaté, présentation très haute. Poche des eaux intacte. Pas d'ébauche de travail. Par sondage on recueille quelques cc. d'une urine trouble qui se prend en masse à l'Esbach. A ce moment on a fait une saignée de 400 gr. et on a administré après un lavement évacuant 6 gr. de chloral en lavement.

Malgré ce traitement, les crises se succèdent de plus en plus violentes, espacées de vingt à vingt-cinq minutes. Le coma est absolu. A 6 h. du soir la T. A est de 12-20, le pouls s'accélère, les battements fœtaux étant bons on se décide vu l'état maternel de procéder à l'évacuation de l'utérus par dilatation sous rachianesthésie.

Avec grande peine on a obtenu au bout de dix minutes une dilatation de 1 F. de l'orifice externe. Le col restant épais et offrant une résistance tout à

fait anormale de l'orifice interne qui permet difficilement l'introduction de l'extrémité du doigt, offre une consistance particulière ; on a l'impression très nette que là siège un anneau de contraction qu'il ne paraît pas possible de vaincre. Les battements fœtaux restant bons on a décidé de pratiquer une césarienne supra-symphysaire, Le fœtus de 3.050 gr. crie immédiatement après l'extraction. Délivrance complète très facile. Vingt-quatre heures après l'intervention, diurèse abondante, T. 37°5 Pendant toute la semaine, la malade fut en proie à du délire, très agitée. Huit jours après l'opération la malade redevient tout à fait consciente. La malade quitte la Maternité dix-sept jours après l'intervention.

CONCLUSION

De cette étude du traitement de l'éclampsie par la césarienne abdominale nous concluons que :

1° L'éclampsie est une maladie dont la pathogénie n'est pas encore élucidée, elle fait suite le plus souvent à une albuminurie gravidique existant depuis plusieurs jours ou quelques semaines.

2° Si l'éclampsie apparaît au commencement de la grossesse dans la première moitié ou très loin du terme, le traitement médical peut quelquefois suffire.

3° Si l'éclampsie apparaît près du terme et quand le régime lacté absolu et le traitement médical n'a pu éviter ou cesser l'évolution de l'éclampsie, l'évacuation de l'utérus s'impose d'urgence.

4° Si on compare les diverses méthodes d'évacuation rapide de l'utérus, l'opération césarienne nous paraît l'opération de choix et notamment la césarienne basse transpéritonéale. Dans les cas où il faut aller vite, on pratiquera la césarienne classique.

5° Si l'enfant est petit et l'ampliation du segment inférieur est suffisante, on préférera la césarienne vaginale.

6° Si l'enfant est gros et l'ampliation du segment inférieur insuffisante, la césarienne abdominale est l'opération de choix.

7° Le facteur essentiel de l'éclampsie paraît se trouver dans le placenta. Le placenta doit être éliminé et son élimination doit être précoce.

8° D'après les récentes statistiques que nous avons eu l'occasion de relever, l'opération césarienne basse nous paraît la meilleure méthode d'évacuation rapide de l'utérus.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUTIER. — Césarienne abdominale pour l'éclampsie au cours 9^e mois de la grossesse.
- BAR. — Leçons de pathologie obstétricale, 1907, T. II.
- BAR, BRINDEAU et CHAMBERLAND. — La pratique de l'art des accouchements.
- BRINDEAU-BROUHA. — Le pronostic de la césarienne basse (Brest Médical, juillet 1930).
- BRINDEAU. — Presse médicale, 10 mars 1926. De la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire.
— Société d'obstétrique et de gynécologie, 1921.
- JEANIN. — L'obstétrique, 1910. Indication et contre-indication de la césarienne vaginale.
- KON (S.). — Thèse de Paris, 1932.
- LÉVY-SOLAL, TZANK. — Presse Médicale, 1^{er} avril 1923. Pathogénie de l'éclampsie.
- LLAMES MASSINI. — Traitement chirurgical précoce de l'éclampsie (Gyn. et Obst., T. XV, 1927, p. 340).
- LIPMANN. — Etiologie und Behandlung der Eclampsie (Zent. f. Gyn., 19 Dec. 1921).
- MEGER. — L'accoucheur moderne.
- GOUINAUD. — Le traitement de l'éclampsie (Arch. mens. d'obst. et gyn., 1916).
- STROGANOFF. — Le résultat du traitement de l'éclampsie avec consultation par téléphone.
- SPIREANU (H.). — Thèse de Paris, 1928.
- PASTIELS. — A propos d'un cas d'éclampsie grave traité par la césarienne basse après échec de la méthode de Delmas. (Brux. Med., N^o 18, 2 mars 1930).
- SCHÖNFELD. — Deutsche Medizinische Woche (10 mars 1921, T.VII, N^o 10).
- VONVERTS (J.). — Eclampsie : césarienne abdominale conservatrice : guérison. (Bul. Sté d'Obst. et de Gyn., 25 avril 1930).

